

周庭仔 022歲 女
3025204 生日 1998/08/28
53-132 入院 2020/11/30
健保
胸腔外

國防醫學院三軍總醫院

12/5/32號

手術說明同意書

姓名 53-132 女 出生日西元 1998 年 11 月 30 日 病房/床號 病歷號

一、擬實施之手術

1. 疾病(診斷)名稱：

右側胸壁腫痛。

2. 建議手術名稱及部位：

(並於右圖劃記手術部位)

胸壁氣腫輔助右側

3. 建議手術原因：

胸壁腫痛 切除

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- ☒ 手術併發症及可能處理方式
- ☒ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- ☒ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- ☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本項手術之問題、並給予神經體淋巴

- (1) 出血、感染、傷口疼痛、癒合不良、傷及神經組織、機器、血管、神經體淋巴
- (2) 等，造成氣血胸、膿胸、乳糜胸、縱膈腔炎、皮下氣腫等。其他手術及麻醉相
- (3) 關併發症，如：中風、心肌梗塞、肺炎、肺栓塞等，整體發生率約2-5%

手術負責醫師簽名：黃才旺 日期：2020 年 11 月 29 日

醫師專科別：胸腔外科 時間：16 時 00 分

三、病人之聲明

- 1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊
- 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
- 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
- 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☒ 同意 ☐ 不同意 輸血。
- 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
- 7. 我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。

18.04 醫療紀錄管理會議審核通過

前

右 左

後

左 右

於病房或進入手術室前第一次確認
病人或家屬確認簽章：周庭仔

進入手術室於麻醉前第二次確認
V204271
手術醫師：黃才旺
M0343500
B10836
手術室護理人員簽章：林詩穎

第三次確認
R207001
朱信儀
M0500351
2020-12-03 16:00

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：周益司

關係：病人之父 (立同意書人身分請參閱附註三)

身分證字號：A122220203 電話：0920-128-124

地址：新北市汐止區敬德街130號5F之1

此致 國防醫學院三軍總醫院

西元 2020 年 12 月 2 日 19 時 46 分

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、筆事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、醫療機構應於病人簽具手術同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術同意書後病情發生變化者，亦同。

五、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

六、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要者，仍應重新簽具同意書。

七、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。